

(様式15)

受付番号

年 月 日

知事 殿

主たる事業所の
所在地
申請者
代表者名

㊟

登録研修機関業務規程変更届出書

社会福祉士及び介護福祉士法附則第6条に定める登録研修機関の登録について、業務規程の内容を変更するため、同法附則第12条の規定に基づき届け出ます。

登録研修機関登録番号								
申請者	フリガナ							
	事業所名称							
	事業所所在地	(郵便番号	-)	都 道	市 区	府 県	町 村
		(ビルの名称等)						
電話番号								
変更内容の概要								
(変更前)								
(変更後)								
変 更 年 月 日				年 月 日				

備考1 「受付番号」欄には記載しないでください。

2 「登録研修機関登録番号」には、登録時に割り当てられた登録番号を記載してください。

3 変更内容の概要について、変更点がわかるように記載し、合わせて関連するページ数を記載してください。

4 改定後の業務規程を添付してください。